

自殺における精神疾患の実態把握について

—— 死因究明制度に関連して ——

瀧澤 透¹⁾・反町 吉 秀²⁾

要 旨

自殺の実態把握は予防対策の充実につながるため、自殺総合対策大綱でも重点施策にあげている。自殺者に占める精神疾患の割合は少なくないが、その実態はあまり明らかにされていない。自殺統計には警察統計と人口動態統計があるが、現状ではそのどちらも精神疾患の実態把握に対して整備すべき点がある。警察統計では「原因・動機」についての選択肢の見直しであり、人口動態統計では死体検案書の死因欄の記載についてである。これらデータを起こす際、担当した警察および警察医らによって集められた情報が自殺対策に反映できるような仕組みづくりが求められる。

現在、内閣府で「死因究明等推進計画検討会」が開催されているが、そこで検討されている「死因究明機構」等の組織において臨床心理士らを配置・提携をすれば、心理社会的な背景要因の把握も可能となると思われた。

Keyword: 自殺対策, 精神疾患, 死体検案書

I はじめに

1. 自殺における精神疾患

2012年8月に自殺総合対策大綱が見直されたが、そこで掲げられた9つの「当面の重点施策」の1つに「自殺の実態を明らかにする」がある。大綱では自殺の実態は未だ明らかでない部分が多く、情報を集約し対策に生かす必要があるとしている。自殺の実態が正確に把握されれば、予防対策も大きく進展することは間違いない。

さて、実態把握で最も困難なもの1つに、「精神疾患や精神障害（以下、精神疾患）」の有無とその疾患名（診断名）がある。その理由は次の通りである。

まず、自殺の直前は誰もが精神的に極度な不

安定な状態にあり、そのうちの多くは「精神疾患」として診断できる状態であるという。日本の心理学的剖検による研究では、自殺既遂者76名のうち、66名（89.2%）が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測されており（加我ら2010）、これは欧米における研究と一致した結果である（Bertoloteら2002, Arsenault-Lapierreら2004）。しかし、実際に医療機関で診断されている場合は半数程度であった。つまり、自殺における「精神疾患」の把握が困難である第一点は、症状があっても診断のないケースが多いことにある。ちなみに、日本の自殺死亡における精神疾患の割合は、これまでの救急救命センターや東京都監察医務院の調査を踏まえると、およそ30～40%程度（表1）である（山内ら2012, 山本ら2006, 山崎2005）。

次に考えられるのは、自殺既遂者がもし精神

¹⁾ 八戸学院大学人間健康学部 教授

²⁾ 大妻女子大学大学院人間文化研究科 教授

表 1 自殺に占める精神疾患

文 献	調査対象期間	精神科既往歴 / 症例数 (人)	割合 (%)	方法等
山内ら 2012	2008-10	61/163	37.4	船橋市消防局救急課 (救急活動記録の分析)
山本ら 2006	1990-2002	104/355	29.3	横浜市立大学高度救命救急センター
藤岡ら 2004	1997-98	129/420	30.7	福島県内の自殺事例, 遺族への聞き取り
山崎 2004	1998-2003	3,904/11,856	32.9	東京都監察医務院 (98-2003 の合計)

科で診断がされていたとしても、精神疾患が原因でない自殺もあるということだろう。他の重大な原因・動機があった場合、「精神疾患」による影響は低くなる。少なくとも、直接の死因の医学的な因果関係に「精神疾患」は関連してこない。また、この精神科既往も、だいぶ以前に診断されたものや寛解状態であった場合などでは「精神疾患」と自殺が強く関係しているとはできない。

このほかとして、自殺の死因を究明するために死体を解剖したところで、「精神疾患」の病名は明らかにすることができないことも挙げられる。

2. 研究の目的

このような理由が背景となって実態把握が困難と考えられるが、この状況は自殺統計においても、情報収集の過程などに見出されている。現在、日本の自殺に関する統計は警察庁生活安全局の「自殺の概要資料」(以下、警察統計)と、厚生労働省の「人口動態統計」がある。前者は自殺対策基本法が成立した以降、原因・動機の詳細などが公表されるようになり、近年は内閣府による分析を併せて示されるようになっていく。また、後者は本邦の死因統計であるが、自殺については死体検案書の記載内容の集計が反映されている。特に自殺は、過去に5回、人口動態特殊報告として時系列分析など死亡状況の分析をして取りまとめた「自殺死亡統計」が厚生労働省から発刊されている(直近は「第5回自殺死亡統計, 2005」)。

いずれも詳細な自殺統計であり、我が国の自

殺対策上の重要なデータであるが、しかし「精神疾患」については、これらの統計では実態把握がなされていない。先述の通り困難な理由があるにせよ、自殺者に占める精神疾患の割合の多さからみても工夫・改善をしなければならないだろう。大綱にある「自殺の現状を明らかにする」ことを踏まえても、どの段階でどういった問題があるのかを点検することは自殺対策を進展させる上でも重要なことと思われる。

本報告は自殺死亡における「精神疾患」について、警察統計や人口動態統計を踏まえながら、既存の資料や文献を用いて実態把握が困難である現状と課題について検討することを目的とする。また、現在、内閣府で「死因究明等推進計画検討会」が開催されているが、ここでの議論も参考にしつつ、実態把握に向けての提案を試みた。

II 自殺に関する統計と精神疾患

1. 警察統計と「精神疾患」

外因による全ての死と、遺体の発見時に死因がわからない死を併せて異状死と言う。通常、警察により犯罪性の有無などの観点で検視がなされ、また、身元確認や死因調査などの見分がなされる(中園 2009, 中根 2007)。この異状死の約 15% を自殺が占めており(東京都監察医務院 2012。*異状死は検案総数)、従って自殺は必ず警察が関わることになる。遺族などの事情聴取や、遺書の確認、病院への問い合わせなどで、「精神疾患」が明らかになることがあり、この「精神疾患」は自殺の原因・動機として集

計される。

警察統計の原因・動機は自殺統計原票にある53項目からの選択式（遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上）となっているが（平成22年7月13日付け警察庁丁生企発第331号）、しかし項目の中で精神疾患は、「うつ病」、「統合失調症」、「アルコール依存症」、「薬物乱用」、「その他」のわずか5項目しかない。なお、自殺統計原票記入要領では精神疾患について「これらの病名について医師の診断がある場合に限り（選択できる）」とされているものの（平成22年8月30日付け警察庁丁生企発第400号ほか）、この方法では自殺死亡の精神疾患の正確な実態把握はできない。ちなみに、平成24年中では、この5項目の合計はのべで8,571件であり、これはこの年の自殺（27,858人）の30.8%であった。この概数は1人で複数の項目に該当している場合もあることなどを考慮すべきだろう。

2. 警察医と「精神疾患」

異状死における警察の検視・見分には医師が立会い死因調査に協力するのが、死体解剖保存法に基づく監察医地域（東京23区内、大阪市内、神戸市等）を除き、その多くは警察医が担当する。警察医は留置人の健康管理などの業務を委嘱された地域の開業医らであるが、合わせて自殺等の際の検視・見分の業務なども依頼されている。警察医は法医学的な研修を継続的に受けることを勧奨されており、検視・見分の際には外表からの観察により死因を判定し、死体検案書（図1）の作成を行う。この死体検案書は死因統計の基礎資料となるとともに死亡証明書の役割も果たしており、御遺族が死亡届を役所に出す都合などから速やかに作成される（勝又2007）。

死体検案書の約7～10%には「精神疾患」の記載があり（藤田ら1992、瀧澤2012）、警察統計に比べて記載数は少ないものの、疾患名は比

死 亡 診 断 書（死体検案書）

この死亡診断書(死亡検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かみ書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏 名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日
死亡しとき	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	
死亡したところ及びその種別	死亡したとき4種別 1病院 2診療所 3介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他	死亡したところ (死亡した場所等)	番地	号
死亡の原因	07直接死因 08他の原因 09その他の原因	死因(死症)又は受傷から死亡までの期間	年月、日等の範囲で書いてください。	
死因の種類	1病死及び自然死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火傷による傷害 6その他 7その他及び不詳の死因 8自殺 9その他及び不詳の死因	死因の種類	1病死及び自然死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火傷による傷害 6その他 7その他及び不詳の死因 8自殺 9その他及び不詳の死因	
死因の追加分	1病死及び自然死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火傷による傷害 6その他 7その他及び不詳の死因 8自殺 9その他及び不詳の死因	死因の追加分	1病死及び自然死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火傷による傷害 6その他 7その他及び不詳の死因 8自殺 9その他及び不詳の死因	
手術	1期 2有	手術	年月日	
解剖	1期 2有	解剖	年月日	
出生時体重	グラム	1期 2有	年月日	
病歴	1期 2有	病歴	年月日	
遺書	1有 2有	遺書	年月日	
その他	1有 2有	その他	年月日	
医師	1有 2有	医師	年月日	

図1 死体検案書

較的に広範かつ詳細に記述されている。なお記載は、死体検案書のどの記入欄（「死因（I欄：最も死亡に影響を与えた傷病名）」「影響（II欄：直接には死因に関係しないが傷病経過に影響を及ぼした）」「外因死の追加事項」）に書かれたかによって、死因と精神疾患の関連や位置づけが大きく異なるが、このことを留意して警察医による自殺死亡の死因調査の際の、「精神疾患」の取り扱い方について検討してみたい。

まず、外表からの観察では「精神疾患」はわからない。死体検案書に記載される「精神疾患」は、警察からの伝聞情報（家族からなど）で精神疾患の病名や既往歴がわかった場合である。この際、問題となるのは「精神疾患」を自殺の

死因とするのかどうかという点だ。

人口動態統計における死因は、直接死因ではなく原死因が採用されている。自殺における死因については、例えば脳挫傷、出血死、一酸化炭素中毒などの直接死因となった傷病と、その原因=原死因（高所からの飛び降り、切創、煉炭のガス吸引）などの因果関係を警察医は医学的に検討する。この医学的因果関係に「精神疾患」が「起因する」とするか、「影響をした」とするか判断は、すべて現場の警察医にまかされているが、実はあいまいになっている部分でもある。なお、医学的な因果関係となると、通常は後者が選択されていることが多い。うつ病の罹患者が高所から飛び降りた場合、うつ病が起因となって飛び降りたと科学的に証明することは容易でなく、うつ病との関連は死因に「影響をした」としておくことが現実的であるからだ。

実際には、伝聞情報の「精神疾患」は、警察医によって厳密性に欠けるので記載しない場合（通院先などの担当医師への確認なしに記入できない。全てを通院先等に照会できない。伝聞情報をそのまま記載することに医師としてのためらいがあるなど）や、御遺族に対する配慮がある場合（スティグマとしての精神疾患）は、死体検案書に精神疾患名を書かないことがありうると推定される。

3. 人口動態統計と「精神疾患」

警察医によって作成された死体検案書は、最終的に集計され人口動態統計となるが、自殺については死亡時刻や場所、手段は詳しく集計されている。

精神疾患の病名が記載される場合、死体検案書のI欄「医学的な因果関係の順番に死亡に影響を与えた傷病名」と、II欄「直接には死因に関係しないがI欄の傷病の経過に影響を与えた疾患」などの記載欄は定まっていない。2011年2~4月に実施した2008年中の死亡票調査では（瀧澤2012）、死体検案書に記載のあった

2,964人の精神疾患のうち、I欄に全体の20%、II欄に76%、残りの4%が「その他付言すべき事柄」欄に記載されていた。

なお死体検案書については、作成マニュアルはあるものの（厚生労働省2013）、自殺死亡の精神疾患の扱いについて、詳しく決まっているわけではない。そこではWHOの原死因のルール「直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷」をもって死体検案書の作成としている。「精神疾患」については現場でI欄の「起因」とすることもある以上、この点はあいまいな部分と言えるだろう。

また、自殺は外因死なので、精神疾患の病名をI欄に書いても、WHOが定めたICD-10のコーディングルールに従い、厚生省は、精神疾患を原死因には採用しない。従って、死因統計としての人口動態統計は、現状では、まずI欄に「精神疾患」を記入しても集計されず、もちろんII欄も直接の死因でないため統計データとしては集計されない。即ち、警察医が死体検案書のいずれの記載欄に「精神疾患」を記載しても集計されることはない。

4. 精神疾患の実態把握の課題

自殺対策を推進する上で、「実態把握」という観点に立った場合、現制度においては改善すべき点が次のように見出される。

1) 警察統計と実態把握

まず、警察統計では、「原因・動機」が選択式になっている点である。少なくとも精神疾患においては、DSMやICDの改訂に伴い、選択項目の見直しが必要になる。また全国の警察署で自殺統計原票が作成されていると思われるが、「抑うつ状態」や「躁鬱病」であっても「うつ病」を選択しないなど、原票の作成ルールを確認しておかなければならない。さらに項目については、原票の「アルコール」と「薬物」は、ICDではF1「精神作用物質の使用」であるから1つの選択肢にまとめることもでき、一方で、比較的多い「適応障害」「摂食障害」は選択肢

にあってもよいと思われた。なお、今後も選択肢方式のままとなるだろうが、遺族や医療機関から収集された情報についても、自由記述欄を設けて、記録・分析できるようにしなければならない。

2) 人口動態統計と実態把握

次に人口動態統計（特に死因統計）は、現制度では自殺対策まで網羅することはできない。しかし、仮に制度を根本的に見直すことができるなら、自殺の実態把握の機能を持つことができる統計となる。日本の人口動態統計において自殺死亡の精神疾患の記載は10%程度であるが、制度の異なる国では人口動態統計で把握できる精神疾患はもっと多くなる（表2）。コロナ制度をとる英国（イングランドおよびウェールズ）では26.4%であり（Huntほか2010）、社会保険データ（通院状況より精神疾患を把握することができる）と死因統計がリンクできる台湾では57.2%であった（Chenら2009）。現在、死因究明制度の見直しが検討されているが、これは実態把握のシステムを再構築する機会だととらえたい（次節「III 死因究明と自殺の実態把握」に参照）。

3) 自殺対策を進める上で

警察や警察医の主たる業務は、それぞれ法に基づく死体の検視・見分であり、自殺対策の推進までは現状では業務とされていない。自殺の場合、警察では「大体1日ぐらいで御遺体をお返しする」（死因究明等推進計画検討会（第2回）議事録）ため、積極的に自殺予防に資する情報を収集できる状況にない。しかし、警察と医師（警察医）が、同じ御遺体を前にして、結果的

に異なる統計情報を起こしており、かつ実態把握がなされる場面に臨んでいるという点は重視したい。亡くなられた方への尊厳と、御遺族への配慮をしつつも、収集された情報が予防施策に資するような仕組みづくりが求められる。

III 死因究明と自殺の実態把握

1. 死因究明機構

平成24年に成立した「死因究明等の推進に関する法律」において、死因究明の推進は、高齢化社会の進展に対応しつつ、犯罪死の見逃し防止や、より確かな死因統計を得るなど公衆衛生の向上などに資するよう行われるとしている。現在、内閣府において、死因究明等推進計画検討会が開催されており、そこでは犯罪死の見逃し防止のほか、自殺に関することも議論されている。

また、この検討会では「死因究明機構」について具体的な構想が示されている。「死因究明機構」とは、解剖や病理、薬毒物、血清生化学などの検査から身元確認や死因推定を行い、犯罪の有無の判断や公衆衛生の向上を目指す機関であり、都道府県に配置されることが構想されている。

もちろん、まだ案の段階であり、実現するまでに多くの課題がある。また、監察医制度拡張案など他の案も同時に検討されている。早計ではあるものの、まずはこの新しい制度案である「死因究明機構」において自殺の実態把握がなされていくことを考えてみたい。

表2 人口動態統計で把握される精神疾患

文献	調査対象期間	精神科既往歴/症例数 (人)	割合 (%)	方法等
藤田ら 1992	1987	1,755/23,831	7.4	1987年人口動態調査死亡票の記載
瀧澤 2012	2008	2,964/29,799	10.0	2008年人口動態調査死亡票の記載
Huntら 2010	2000-2004	6,203/23,477	26.4	英国 Office for National Statistics データ
Chenら 2009	2000-2004	7,094/12,391	57.2	台湾 National Health Insurance データとリンクのあるもの

2. 自殺の実態把握

自殺死亡の死因究明を考えた場合、法医学的な観点だけでは十分とは言えない。それは自殺の原因として、「精神疾患」や心理社会的要因が強く影響しているからだ。

自殺においては、この「死因究明機構」が、検視や見分の際に十分に実施できなかった実態把握を担うことが想定される。例えば精神科既往に関する医療機関への問い合わせや、過量服薬の際の血中からの薬物から精神疾患の推定などである。もちろん自殺対策の観点に立った死因究明は法医学専門職の業務ではない。従って「死因究明機構」には、臨床心理士を配置（もしくは提携）させ、精神科領域の作業を担うことになる。そしてこのスタッフが、精神科医の助言のもと、伝聞情報の詳細の確認や心理社会的な要因の整理・分析をすることで心理学的剖検も可能となれば、自殺予防に資する情報が現行制度以上に得られると思われる。さらには、臨床心理士を配置することで遺族の心のケアも可能となる。

3. 安全・安心な社会を目指して

この機構がかかわる事例は、もちろん自殺だけにとどまらず、転落や溺死などの事故死の分析、薬剤などによる中毒死のほか、殺人、児童虐待、孤独死などにも関係することになるだろう。また、熱中症やSIDS、スポーツ事故、自然災害など国民生活に直結した死亡事例もかかわるはずだ。これらについて死因究明に伴う積極的な情報収集が、結果的にサーベイランスの機能を果たすことになり、把握された実態はこれらの事件・事故等に対する予防施策、すなわち公衆衛生施策の立案に寄与することが見込まれる。オーストラリアビクトリア州などの海外では、実際にこのような目的での活用が行われている（福島2007、反町2007）。

この機構が行う死因究明に伴う情報収集によって、我が国はより詳細な死因統計を持つため、公衆衛生に詳しい死因統計を専門とする職員配置（もしくは提携）も必要となる。

このように死因究明は法医学だけでなく、精神医学や公衆衛生学など積極的にかかわることが必要だろう（図2）。「死因究明機構」は、

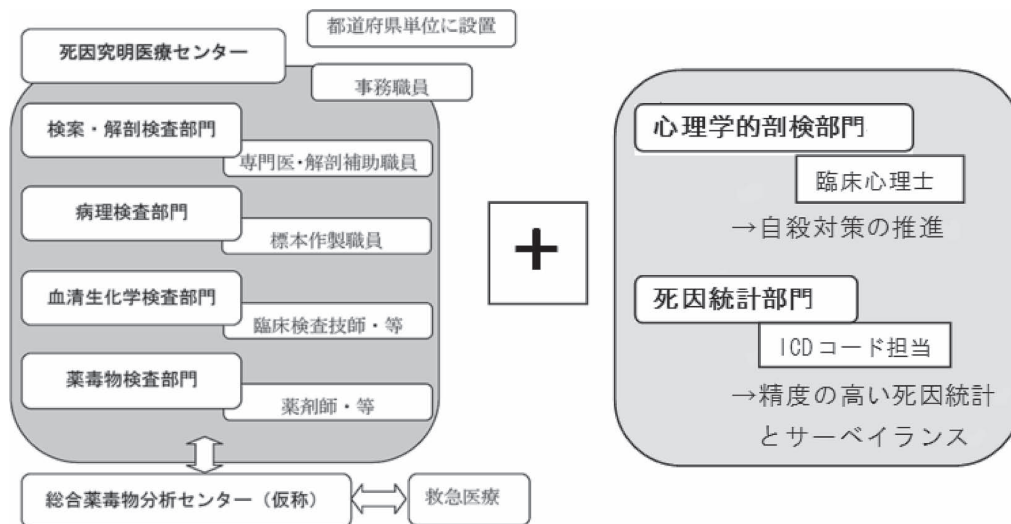


図2 死因究明機構に求められる部門
 (左図は中園2009より引用(日本法医学会提言2009と同じもの):死因究明医療センターは死因究明機構と読み替える)

安全・安心な社会づくりに貢献する役割も担うことが可能であると考ええる。

IV おわりに

自殺の約3割には精神科の診断があり、約9割には自殺の直前でなんらかの精神疾患に罹患していることが推測されている。自殺対策を進める上で精神疾患の実態を把握することは重要なことであるが、現状ではさまざまな課題があった。

今後も、自殺死亡を減らすためには、死者の尊厳を守り遺族に配慮しながら、死因および影響を及ぼした傷病など自殺に関連した状況を正しく把握していかなければならず、これらは死因究明と合わせて実施されることが望ましい。

死因究明の推進については、法医学的視点に加え、精神医学や公衆衛生学など多方面からの議論がなされることで、安全・安心な社会づくりを考えていくことが大切だ。

本研究は文部科学研究費補助金（課題番号24591728）を受けて実施した研究成果の一部である。

参考文献

加我牧子(研究代表者). 心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究. (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業)平成21年度総括・分担研究報告書, 平成22(2010)年3月.

Bertolote, JM. & Fleischmann, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1(3): 181-185.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.

山内貴史, 高橋恵美子, 内田祥子. 千葉県船橋市における自殺企図の実態: 市消防局救急課の救急活動記録の分析. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所年報 2012; 25:

241.

山本俊郎, 鈴木範行, 鈴木淳一, 藤田誠一郎, 杉山貢. 自殺既遂355例の臨床的検討. *日本臨床救急医学会雑誌* 2006; 9(3): 243-251.

山崎健太郎. 自殺の実態に関する法医学的研究. 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究(平成17年厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)) 2005: 1-6.

厚生労働省大臣官房統計情報部. 第5回自殺死亡統計. 東京: 2005.

中園一郎. 我が国における死因究明制度の現状と課題—日本型の死因究明制度の構築を目指して—. *RESEARCH BUREAU 論究* 2009; 6: 18-28.

中根憲一. 我が国の検死制度—現状と課題—. *レファレンス* 2007; 57(2): 96-124.

東京都監察医務院. 平成24年事業概要. 平成24年10月 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/24jigyougaiyou.html> (平成26年1月10日アクセス可能)

自殺統計原票の様式及び記載要領の一部改正について(平成22年7月13日付け警察庁丁生企発第331号ほか)

自殺統計原票作成要領の一部改正について(平成22年8月30日付け警察庁丁生企発第400号ほか)

勝又義直. 検死制度の現状. 福島至編著. 法医学鑑定と検死制度. 東京: 日本評論社. 2007; 163-177.

藤田利治, 栗栖瑛子. 精神疾患患者の自殺死亡についての人口調査に基づく研究. *日本公衆衛生雑誌* 1992; 39(11): 859-864.

瀧澤透. 人口動態調査死亡票における自殺死亡者の精神疾患について. *日本公衆衛生雑誌* 2012; 59(6): 399-406.

厚生労働省大臣官房統計情報部医局編. 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル平成25年度版. 東京: 同発行, 2013.

Hunt IM, Swinson N, Palmer B, Turnbull P, Cooper J, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Method of suicide in the mentally ill: a national clinical survey. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40(1): 22-34.

Chen YY, Lee MB, Chang CM, Liao SC. Methods

of suicide in different psychiatric diagnostic groups. J Affect Disor 2009; 118 (1-3): 196-200.

死因究明等推進計画検討会（第2回）議事録（平成24年11月16日） <http://www8.cao.go.jp/kyuumei/investigative/20121116/kenntou-gijiroku.html>（平成26年1月24日アクセス可能）

福島至. オーストラリア. 福島至編著. 法医鑑定と検死制度. 東京: 日本評論社. 2007; 229-241.

反町吉秀. 「公衆衛生」と「public health or safety」.

福島至編著. 法医鑑定と検死制度. 東京: 日本評論社. 2007; 294.

日本法医学会死因究明のあり方に関する検討委員会・同ワーキンググループ. 提言: 日本型の死因究明制度の構築を目指して. 2009: 5
死因究明等推進計画検討会（第11回）配布資料（資料9 岩瀬, 久保, 福永専門委員提出資料9-1）平成25年9月20日（金） <http://www8.cao.go.jp/kyuumei/investigative/20130920/siryou9-1.pdf>（平成26年1月24日アクセス可能）